

# Líkamleg færnei og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðnings- aðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi

Hlíf Guðmundsdóttir  
hjúkrunarfræðingur, M.S.  
Verkefnastjóri



## Útdráttur:

Vorið 2003 lauk greinarhöfundur meistararannsókn við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Tilgangurinn með þessu rannsóknarverkefni var að kanna sjálfsbjargargetu langlífra Íslendinga sem búa á eigin heimilum, hvaða stuðning þeir fá frá aðstandendum og hinu opinbera og hvaða þættir hafa áhrif á þann stuðning sem veittur er. Í þessari grein verða kynntar helstu lýsandi niðurstöður rannsóknarinnar. Gögnin í þessari rannsókn voru unnin upp úr gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri á Íslandi, sem safnað var í tengslum við rannsókn á erfðum langlífis í samstarfi Íslenskrar erfðagreiningar (ÍE) og Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala-háskóla-sjúkrahúss í öldrunarfræðum (RHLÖ). Rannsóknin fór fram á tímabilinu frá mars árið 2000 til september árið 2002. Í rannsóknarhópnum voru ásamt greinarhöfundum Pálmi V. Jónsson, Helga Sæunn Sveinbjörnsdóttir, Hulda Jóhannesdóttir, Hjalti Guðmundsson og Kristleifur Kristleifsson. Leiðbeinendur í meistaránámi voru Kristín Björnsdóttir og Ragnar Friðrik Ólafsson.

## Meðhöfundar:

**Kristín Björnsdóttir** hjúkrunarfræðingur  
M.S., PhD. Dósent við hjúkrunarfræðideild  
Háskóla Íslands

**Ragnar Friðrik Ólafsson** félagssálfræðingur  
M.S., tilraunafélagsfræðingur M.S.  
Verkefnastjóri á Rannsóknarstofu við  
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

## Inngangur

Það er stefna íslenskra stjórnvalda að aldraðir geti búið sem lengst á eigin heimilum (Lög um málefni aldraðra, 1999; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1999; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2002). Þessi stefna stjórnvalda mun óhjákvæmilega leiða til þess að öldruðum, sem búa á eigin heimilum með skerta sjálfsbjargargetu mun fjölga. Að auki gera mannfjöldaspár á Íslandi næstu áratugi ráð fyrir hlutfallslegri fjölgun aldraðra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2002). Loks er því spáð að mun fleiri aldraðir komi til með að búa einir og muni þannig hafa minni stuðning frá aðstandendum (Anderson og Hussey, 2000). Með hliðsjón af þessu er mikilvægt að aldraðir fái þann stuðning sem þeir telja sig þarfnast til að geta búið áfram á eigin heimilum þrátt fyrir heilsuleysi og skerta getu við að sjá um daglegar athafnir og að uppbygging heimaþjónustu fyrir aldraða taki mið af þessari þróun. Öflug heimaþjónusta getur einnig komið í veg fyrir að ábyrgð vegna umönnunar leggist of þungt á aðstandendur aldraðra. Mikilvægt er að hið opinbera komi til móts við veikburða aldraða og aðstandendur þeirra með eflingu alhliða heimaþjónustu og fjölbreyttara vali á möguleikum til endurhæfingar. Til að útfæra þessa stefnu er mikilvægt að kanna aðstæður aldraðra sem búa í heimahúsum og þann stuðning sem þeir njóta. Jafnframt er mikilvægt að skýra hvaða þættir leiða til þess að einstaklingur getur ekki lengur dvalið á eigin heimili og flytur á öldrunarstofnun.

Rannsóknir á öldruðum hafa m.a. beinst að því að finna leiðir til að greina hverjir geta búið á eigin heimilum. Þær hafa leitt í ljós að skert geta við grunnathafnir daglegs lífs s.s. að borða og klæða sig og almennar daglegar athafnir s.s. heimilisstörf, hafa hvað mest forspárgildi fyrir stofnanavistun (Miller og Weissert, 2000; Mor, Wilcox, Rakowski og Hiris, 1994; Nourhashemi, Andreiu, Gilette-Guyonnet og Vellas, 2001; Slivinske, Fitch og Wingerson, 1998). Mat á sjálfsbjargargetu við daglegar athafnir er talin gefa góða mynd af því hvers konar aðstoð einstaklingur kemur til með að þarfnast (Femia, Zarit, Johansson, 2001; Simonsick, Kasper og Phillips, 1998). Reglulegt mat á heilsufari og líðan aldraðra í samfélaginu er forsenda þess að uppgötva þætti sem kalla á aukna þjónustu og auka líkur á þörf fyrir stofnanavistun.

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi til að skoða almennt heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra er búa á öldrunarstofnunum.

Greinarhöfundur hefur unnið að rannsóknnum á högum aldraðra frá 1994 og hefur tekið þátt í þróun á notkun RAI-mælitækja á hjúkrunarheimilum og í heimaþjónustu á Íslandi. Þegar rannsakanda bauðst að taka þátt í að skoða heilsufar og hjúkrunarþörf 90 ára og eldri á Íslandi með fyrrnefndum RAI-mælitækjum, skapaðist möguleiki á að skoða vísbendingar um hjúkrunarþörf háaldraðra á Íslandi, hvaða hjúkrunarþjónustu þeir fá og hvar þeir dvelja síðustu ár ævi sinnar.

Í þessari grein mun verða lýst sjálfsbjargargetu langlífra Íslendinga sem búa á eigin heimilum og hvaða stuðning þeir fá frá aðstandendum og hinu opinbera.

## Aðferð

Gögnin í þessari rannsókn voru unnin upp úr gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri á Íslandi sem safnað var í tengslum við rannsókn á erfðum langlífis. Um var að ræða þversniðsrannsókn og fór rannsóknin fram á árunum 2000-2002 í samstarfi við Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahúss í öldrunarfræðum (RHLÖ) og Íslenska erfðagreiningu (IE). Einungis var unnið með gögn frá þátttakendum sem bjuggu á eigin heimili. Við söfnun heilsufarsgagna í langlífisrannsókninni voru notuð matsatriði frá RAI-mælitæki sem þróað var fyrir annars vegar hjúkrunarheimili og hins vegar heimaþjónustu (Morris o.fl., 1997; Morris o.fl., 1996). Þessi mælitæki voru valin vegna þess að á Íslandi hafa heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra verið könnuð í tveimur rannsóknnum með þessum mælitækjum (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995; Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999). Um er að ræða stöðluð svör við öllum atriðum sem safnað var.

Upplýsingum var safnað fyrst og fremst frá þátttakendum en síðan frá aðstandendum

þeirra og formlegum umönnunaraðilum þegar þess var þörf. Einnig var faglegt mat hjúkrunarfræðings sem tók viðtal notað á grundvelli athugana sem gerðar voru. Því var ekki um hefðbundinn spurningarlista að ræða heldur var upplýsingum safnað úr mörgum áttum og með ólíkum aðferðum. Það að nota RAI-mælitækin í þessari rannsókn mun auðvelda samanburð á niðurstöðum þessara rannsókna við aðurnefndar rannsóknir.

Þátttakendur í heildarrannsókn á erfðum langlífis voru allir sem voru eða urðu 90 ára og eldri á þeim tæplega þremur árum sem gögnum var safnað. Heildarúrtak varð 1633 einstaklingar en brottfall var 13,2% (bjuggu erlendis og látnir). Af þeim 1633 einstaklingum, sem var boðin þátttaka bjuggu 47,4% (n=774) á eigin heimili. Hlutfallslega fleiri karlar (54,7%) bjuggu á eigin heimili en konur (43,7%).

Af þeim 774 þátttakendum, sem bjuggu á eigin heimili, svöruðu 539 (69,6%) einstaklingar. Meðalaldur þátttakenda, sem bjuggu á eigin heimili var 91,7 ár (90-105) og voru konur 60,4%. Flestir þátttakendur voru ekkjar/ekkjur eða 60,7% (tafla 1). Mun algengara var að konur hefðu misst maka (70,6%) en karlar (45,5%). Rúmlega 40% karla voru giftir en einungis tæplega 10% kvenna. Um 50% þátttakenda bjuggu einir (tafla 1). Í almennu húsnæði bjuggu 67% (tafla 1). Fleiri karlar bjuggu í íbúðum fyrir aldraða en konur (22%/14%), en fleiri konur í þjónustuíbúðum sveitarfélaga en karlar (18%/11%; tafla 1).

Tafla 1 Hjúskaparstaða, sambúðarform og búsetuform langlífra sem búa á eigin heimili, eftir kyni (N=539, n= 213 karlar, n= 326 konur)						
	Karlar		Konur		Alls	
	%	N	%	N	%	N
<b>Hjúskaparstaða</b>						
Aldrei gift/kvænst	12,2	26	16,6	54	14,8	80
Gift/kvæntur	40,8	87	9,5	31	21,9	118
Ekkja/ekkill	45,5	97	70,6	230	60,7	327
Fraskilin/fraskilinn	1,4	3	3,4	11	2,6	14
<b>Sambúðarform</b>						
Einn	39,4	84	56,1	183	49,5	267
Með maka	37,1	79	6,1	20	18,4	99
Með maka og öðrum	6,1	13	1,5	5	3,3	18
Með barni sínu en ekki maka	7,5	16	14,1	46	11,5	62
Með öðrum en maka eða barni	9,9	21	22,1	72	17,3	93
<b>Búsetuform</b>						
Almennt húsnæði	66,2	141	67,5	220	67,0	361
Íbúð aldraðra	22,1	47	14,0	46	17,3	93
Þjónustuíbúð sveitarfélaga	11,0	25	18,4	60	15,8	85

## Niðurstöður

Skoðaðir voru nokkrir þættir sem taldir eru skipta máli fyrir getu í daglegu lífi. Um 66% þátttakenda héldu líkamsstöðu við jafnvægispróf, 78% fóru stiga án aðstoðar og um 77% (n=414) fóru oft en tvisvar í viku út úr húsi, en um 23% (n= 125) fóru út einn dag eða minna. Vitræn færni var góð hjá þátttakendum og mjög fáir voru með skert skammtímaminni (16,1%) eða með skert langtímaminni (3,9%). Skerðing á vitrænni færni var einungis farin að hafa áhrif á ákvarðanatöku við daglegar athafnir hjá 6%. Um 75% voru með heyrn í lagi eða smávægilega erfiðleika við heyrn, um 68% voru með fullnægjandi sjón.

Algengasta tómstundaiðjan sem þátttakendur töldu sig geta sinnt, var lestur (86,5%), að horfa á sjónvarp (81,3%) og að hlusta á útvarp (70,1%). Meðalfjöldi þeirra tómstunda sem þátttakendur töldu sig geta sinnt, var 5,2 (sf=2,6). Lítil sem enginn munur reyndist vera á milli kynja.

*Skerðing á grunnathöfnum daglegs lífs og almennum athöfnum daglegs lífs hjá langlífum er búa á eigin heimilum*

Grunnathafnir daglegs lífs voru skilgreindar sem daglegar athafnir sem eru öllum einstaklingum nauðsynlegar, s.s. að matast, klæða sig, snyrta sig, ganga, komast ferða sinna innanhúss og að komast á salerni (Ebersole og Hess, 2001). Almennar athafnir daglegs lífs voru skilgreindar sem daglegar athafnir sem taldar eru vera mikilvægar til að einstaklingur geti búið sjálfstætt á eigin heimili s.s. notkun síma, almenn heimilisstörf, að sjá um fjármál, innkaup, aðdrætti og skipulagningu máltíða.

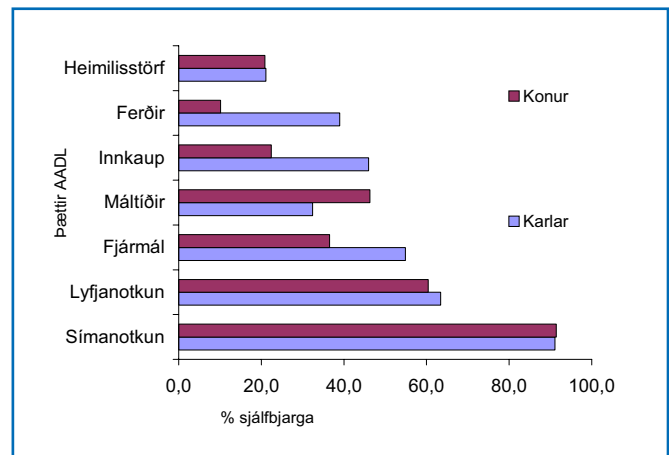
Við flesta þætti grunnathafna daglegs lífs voru yfir 90% alveg sjálfbjarga. Færri voru sjálfbjarga við hreyfifærni utanhúss (77,7%) og við böðun (58,6%). Konur voru með marktækt meiri skerðingu en karlar við hreyfingu utanhúss og við böðun. Þar sem skerðing á færni í grunnathöfnum daglegs lífs reyndist vera lítil í flestum þáttum var hún ekki notuð í frekari greiningu á gögnum heldur einungis færni við almennar athafnir daglegs lífs.

Flestir voru alveg sjálfbjarga við að nota síma eða 91,3%, en fæstir við að ferðast utan göngufæris frá heimili og vinna létt heimilisstörf eða aðeins um 21% (mynd 1). Meðalskerðing var minnst við símanotkun og lyfjanotkun en mest við innkaup og ferðir utan göngufæris (mynd 2).

Konur voru með marktækt meiri skerðingu en karlar við fjármál, innkaup og ferðir utan göngufæris (sjá mynd 2). Karlar voru með hærri meðalskerðingu en konur við undirbúning máltíða og við heimilisstörf (sjá mynd 2), enda þessi verk löngum talin til hefðbundinna kvennastarfa.

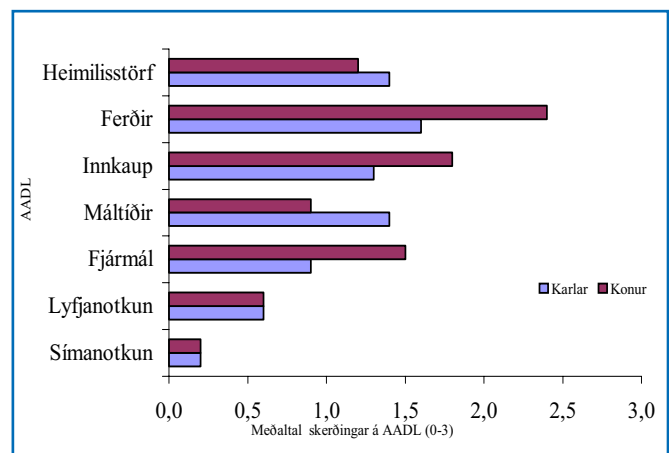
Mynd 1.

Hlutfall þátttakenda sem voru alveg sjálfbjarga við sjö þætti almennra athafna daglegs lífs (AADL) (N=539; n= 213 karlar; n= 326 konur)



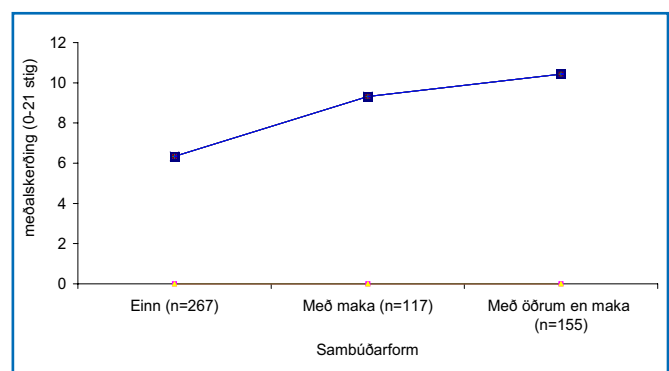
Mynd 2.

Meðaltal skerðingar á sjö þáttum almennra athafna daglegs lífs (AADL), eftir kyni (N=539; n= 213 karlar; konur; n= 326)



Mynd 3

Meðalskerðing á sjálfbjargargetu almennra athafna daglegs lífs á milli sambúðarforma.



Tafla 2

Meðalskerðing (0-21), staðalfrávik, miðgildi á almennum athöfnum daglegs lífs, skipt eftir landshlutum, kyni og sambúðarformi (N=539).

	Kyn	Sambúðarform	Meðalskerðing	n	Staðalfrávik	Miðgildi
Höfuðborgarsvæði	Karlur	Einn	4,5	56	4,4	3,0
		Með öðrum en maka	9,6	14	5,9	11,0
		Með maka	8,7	56	6,6	8,0
		Alls	6,9	126	6,0	5,5
	Konur	Einn	7,6	123	4,7	8,0
		Með öðrum en maka	10,3	70	6,0	10,0
		Með maka	9,8	14	3,9	10,5
		Alls	8,7	207	5,2	9,0
Landsbyggð	Karlur	Einn	4,4	28	3,6	4,0
		Með öðrum en maka	11,5	23	5,7	13,0
		Með maka	9,6	36	7,0	9,5
		Alls	8,4	87	6,4	8,0
	Konur	Einn	6,4	60	4,6	5,5
		Með öðrum en maka	10,4	48	4,8	10,0
		Með maka	10,9	11	5,7	9,0
		Alls	8,4	119	5,2	8,0
	Alls		8,2	539	5,6	8,0

*Munur á sjálfsbjargargetu í almennum athöfnum daglegs lífs eftir landsvæðum, kyni, sambúðarformi og búsetuformi hjá langlífum er búa á eigin heimilum*

Kannað var hvort munur væri á milli landsvæða, kynja og sambúðarforma á sjálfsbjargargetu við almennar athafnir daglegs lífs. Meðalskerðing eftir landsvæðum, kyni og sambúðarformi er sýnt í töflu 2. Ekki kom fram munur á sjálfsbjargargetu við almennar athafnir daglegs lífs á milli landshluta, að teknu tilliti til kyns og sambúðarforms. Konur höfðu meiri meðalskerðingu, að teknu tilliti til landshluta ( $F(1, 4) = 4,2, p < .05$ ). Einnig voru þeir sem bjuggu einir að jafnaði marktækt minna skertir en þeir sem bjuggu með öðrum en maka að teknu tilliti til landshluta og kyns ( $F(2, 4) = 34,87, p < .0001$ ) (sjá mynd 3).

Kannað var hvort munur væri eftir landshlutum, kyni og búsetuformi á færni við almennar athafnir daglegs lífs. Meðalskerðing eftir landshlutum, kyni og búsetuformi er sýnt í töflu 3. Einungis kom fram marktækur munur á milli búsetuforma þ.e. þeir sem bjuggu í þjónustuíbúðum sveitarfélaga voru marktækt skertari en þeir sem bjuggu í íbúðum aldraðra, að teknu tilliti til landshluta og kyns ( $F(2, 4) = 3,37, p < .05$ ) (mynd 4).

*Stuðningur sem langlífir einstaklingar sem búa á eigin heimilum fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum*

Skoðaður var stuðningur sem langlífir einstaklingar sem búa á eigin heimilum fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum. Flestir þátttakendur fengu stuðning frá aðstandendum eða 73,8% (tafla 4). Hlutfallslega fleiri fengu aðstoð frá félagslegri heimilishjálp (64,9%) en heimahjúkrun (40,8%) (tafla 4). Þjónusta, s.s. iðjubjálfun og félagsráðgjöf, var ekki til staðar. Stuðning, annað hvort frá óformlegum eða formlegum stuðningsaðilum, fengu einungis 19,1%. Flestir eða 73,8% fengu blandaða þjónustu frá bæði óformlegum og formlegum stuðningsaðilum.

Flestar klukkustundir að meðaltali voru veittar frá aðstandendum eða 15,2 klukkustundir á viku (tafla 4). Um 65% af heildar-klukkustundum voru frá óformlegum aðilum. Næst mestur stuðningur kom frá félagsþjónustu eða 1,9 klukkustundir á viku (tafla 4). Heimahjúkrun veitti heldur minni þjónustu eða 0,5 klukkustundir á viku (tafla 4). Meðalstuðningur frá dagvist var 1,0 klukkustund og því er um tiltölulega margar klukkustundir að ræða við hvern einstakling því fáir njóta þessarar þjónustu.

Tafla 3

Meðalskerðing (0-21), staðalfrávik, miðgildi á skerðingu á almennum athöfnum daglegs lífs, skipt eftir landshlutum, kyni og búsetuformi.

	Kyn	Búsetuform	Meðalskerðing	n	Staðalfrávik	Miðgildi
Höfuðborgarsvæði	Karlur	Almennt húsnaði	6,5	75	6,1	4,0
		Íbúðir aldraðra	7,0	37	5,7	6,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,1	14	6,3	6,5
		Alls	6,9	126	6,0	5,5
	Konur	Almennt húsnaði	8,7	131	5,3	9,0
		Íbúðir aldraðra	7,6	37	4,3	9,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,6	39	5,9	9,0
		Alls	8,7	207	5,2	9,0
Landsbyggð	Karlur	Almennt húsnaði	8,4	66	6,5	8,0
		Íbúðir aldraðra	5,7	10	3,8	5,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	10,6	11	6,7	10,0
		Alls	8,4	87	6,4	8,0
	Konur	Almennt húsnaði	8,2	89	5,2	7,0
		Íbúðir aldraðra	8,6	9	5,5	8,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,1	21	5,1	8,0
		Alls	8,4	119	5,2	8,0
	Alls		8,2	539	5,6	8,0



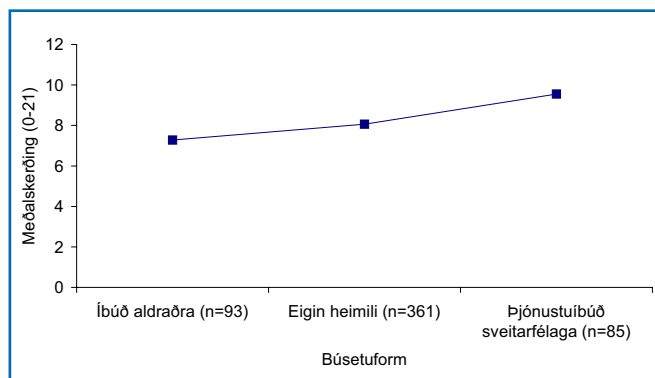
## Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að um 50% langlífra Íslendinga búa á eigin heimili og líkamleg, andleg og félagsleg færni þeirra er almennt góð. Engar rannsóknir fundust sem kanna heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri sérstaklega og þannig er þessi rannsókn mikilvægt framlag til þekkingar á færni þessa hóps og hvaða óformlegan og formlegan stuðning þeir fá. Skerðing á sjálfsbjargargetu þeirra felst aðallega í minnkaðri getu til að fara ferða sinna utan heimilis og til að baða sig. Því má álykta að þeir sem stríða við flóknari skerðingu á grunnathöfnum daglegs lífs dvelji flestir á öldrunarstofnunum. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem hafa leitt í ljós að skert geta við grunnathafnir daglegs lífs og almennar athafnir daglegs lífs gefi hvað mestar vísbendingar um stofnanavistun (Miller, Longino jr., Anderson, James og Worley, 1999; Miller og Weissert, 2000; Mor, Wilcox, Rakowski og Hiris, 1994; Nourhashemi, Andreiu, Gilette-Guyonnet og Vellas, 2001; Slivinske, Fitch og Wingerson, 1998). Athyglisvert var að fleiri voru alveg sjálfbjarga við að hreyfa sig utanhúss en við böðun. Það bendir til þess að slysaætla við böðun skipti miklu máli, þegar kemur að mati á aðstoð við þessa athöfn. Mjög fáir einstaklingar höfðu einkenni um vitræna og félagslega færniskerðingu og gæti það bent til þess að færni á þeim sviðum sé ein af aðalforsendum þess að geta búið á eigin heimili.

Þeir hópar sem voru með mestu skerðinguna á sjálfsbjargargetu miðað við aðra viðmiðunarhópa voru konur, þeir sem bjuggu með öðrum en maka og þeir sem bjuggu í þjónustubúðum sveitarfélaga. Athyglisvert var að konur bjuggu mun oftast með öðrum en maka en karlar. Þær bjuggu frekar í þjónustubúðum sveitarfélaga, en karlar bjuggu mun oftast í íbúðum aldraðra. Þessar niðurstöður samræmast niðurstöðum Katz og félaga (2000), sem sýndu að konur með skerta getu voru líklegri til að búa einar en karlar. Konur voru einnig líklegri til að búa ekki með maka en karlar. Þessar niðurstöður gætu verið vísbending um að konur lifi almennt lengur með skerðingu, þær eigi auðveldara með að búa einar með skerðingu og að þær flytji frekar í þjónustubúðir sveitarfélaga en í íbúðir aldraðra vegna verri efnahagslegra og félagslegra aðstæðna. Þar sem um háaldraða einstaklinga var að ræða í þessari rannsókn er hugsanlegt að ein af aðalforsendum þess að geta dvalið á eigin heimili með mikla skerðingu á þessum aldri, sé að hafa góðan stuðning frá aðstandendum. Um 60% aldraðra á hjúkrunarheimilum hafa skert skammtímaminni og um 40% í þjónusturými (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995). Því kom ekki á óvart að einungis 16% þátttakenda höfðu skerðingu á skammtímaminni, en svo virðist sem vitræn skerðing vegi þungt í ákvörðun um innlögna á stofnun. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að fylgni er á

Mynd 4.

Meðalskerðing á sjálfsbjargargetu almennra athafna daglegs lífs á milli búsetuforma



Tafla 4

Tafla 4. Hlutfall þátttakenda sem fá stuðning og meðalfjöldi klukkustunda á viku frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum.

	Þátttakendur		Klukkustundir á viku		
	%	n	Meðaltal	Staðalfrávik	Spönn
<b>Formlegur eða óformlegur stuðningur</b>	92,9	500	18,7	34,8	0-180
<b>Formlegur stuðningur</b>	70,7	381	3,3	5,9	0-46
félagsleg heimilishjálp	64,9	350	1,9	3,5	0-42
heimahjúkrun	40,8	220	0,5	1,3	0-14
dagdeild	7,2	39	1,0	4,4	0-35
sjúkraþjálfun	3,5	19	0,1	0,4	0-5
<b>Óformlegur stuðningur</b>	73,8	398	15,2	33,8	0-168

milli aukinnar vitrænnar skerðingar og heilabilunar-sjúkdóma við aukna færniskerðingu (Miller og Weissert, 2000; Nourhashemi o.fl., 2001; Slivinske o.fl., 1998; Femia o.fl., 2001).

Niðurstöður leiddu í ljós að aðstandendur sinna mestum hluta af heildarstuðningi sem óformlegir og formlegir stuðningsaðilar veittu. Þriðjungur þátttakenda fékk ekki neina aðstoð frá sínum nánustu. Ljóst er að hið opinbera þarf að huga að því að formleg þjónusta taki að hluta til við af óformlegri þjónustu aðstandenda, bæði vegna fjölgunar aldraðra í þjóðfélaginu, þess að fleiri aldraðir munu kjósa að búa einir en ekki með börnum sínum eða ættingjum og vegna þess að breytingar á fjölskyldugerð t.d. færri börn, meiri atvinnuþátttaka kvenna og fjölgun skilnaða muni leiða til þess að möguleiki á óformlegum stuðningi minnkar.

Þessar niðurstöður gefa góða mynd af sjálfsbjargargetu í daglegum athöfnum og þeim stuðningi sem langlífir fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum við athafnir daglegs lífs. Þetta er faraldsfræðileg rannsókn, sem gefur möguleika á að setja fram tilgátur um hvernig bæta megi aðbúnað langlífra og hvernig hægt

sé að auka þjónustu við þá sem dvelja á eigin heimili og búa við skerta líkamlega, andlega og félagslega færni. Í rannsókninni var einnig skoðað hversu mikið og hvernig sjálfsbjargargeta, kyn, aldur, sambúðarform og búsetuform skýrir stuðning sem langlífir fá frá óformlegum stuðningsaðilum, formlegum stuðningsaðilum og í heild frá báðum aðilum, skipt eftir landsvæðum. Um þær niðurstöður verður ekki fjallað hér.

Rannsóknin hlaut styrk úr B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Vísindasjóði LSH og frá Öldrunarfræðafélagi Íslands.

## Heimildaskrá

- Anderson, G. F. og Hussey, P. S. (2000). Population aging: A comparison among industrialized countries. *Health Aff (Millwood)*, 19, 191-203.
- Anna Birna Jensdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Marianna Haraldsdóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Þórunn Ólafsdóttir (1999). Heilsufar- og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, sótt í september 2002 af <http://brunnur.stjr.is/interpro/htr/htr.nsf/pages/raisky1>
- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (1995). Daglegt líf á hjúkrunarheimili. Heilsufar- og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, rit.2.
- Branch, L. G. (2001). Community long-term care services: What works and what doesn't? *Gerontologist*, 41, 305-306
- Ebersole, P. og Hess, P. (2001). *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis: Mosby.
- Femia, E. E., Zarit, S. H. og Johansson, B. (2001). The disablement process in very late life: A study of the oldest-old in Sweden. *Journals of Gerontology B*, 56, P12-23.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1999). Stefnumótun um hjúkrunarþjónustu í heilsugæslu. Reykjavík. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2002). Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, sótt í september 2002 af [http://www.government.is/interpro/htr/htr.nsf/Files/heilbri.pdf/\\$file/htr2010.pdf](http://www.government.is/interpro/htr/htr.nsf/Files/heilbri.pdf/$file/htr2010.pdf)
- Katz, S. J., Kabeto, M. og Langa, K. M. (2000). Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*, 284, 3022-3027.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal care by disabled elderly. *Health Services Research*, 27, 421-451
- Lög um málefni aldraðra (1999). Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Miller, M. E., Longino., jr., C. F., Anderson, R. T., James, M. K. og Worley, A. S. (1999). Functional status, assistance, and the risk of a community-based move. *Gerontologist*, 39, 187-200.
- Miller, E.A. og Weissert W.G. (2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: A Synthesis. *Medical Care Research and Review*, 57, 259-297.
- Mor, V., Wilcox, V., Rakowski, W. og Hiris, J. (1994). Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health*, 84, 1274-1281.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Barnebei, R., Steel, K., Kikegami, N., Carpenter, I. og Gilgen, R. (1996). RAI Home Care (RAI HC) Assessment manual; Primer on use of The Minimum Data Set- Home Care (MDS-HC) and The Client Assessment Protocols (CAPs). Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Boston, MA.
- Morris, J. N., Murphy, K. og Nonemaker, S. (1997). Leiðbeiningar fyrir gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf á öldrunarstofnunum. Íslensk þýðing og staðfæring: Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2. útgáfa, apríl.

- Nourhashemi, F., Andreiu, S., Gillette-Guyonnet, S. og Vellas, B. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (The EPIDOS Study). *Journals of Gerontology A*, 56, M448-453
- Simonsick, E. M., Kasper J. D. og Phillips, C. L. (1998). Physical disability and social interaction: Factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women. (The Women's Health and Aging Study). *Journals of Gerontology B*, 53, S209-S217.
- Slivinske, L. R., Fitch, V.L. og Wingerson, N. W. (1998). The effect of functional disability on service utilization: Implications for long-term care. *Health & Social Work*, 23, 175-183.

